


**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER L' EROGAZIONE, A CARICO DEL SSN,  
DI PRESTAZIONI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA  
EX DGR N. 822/2011, 904/2019 e 839/2022 IN REGIONE  
DIVERSA DALLA REGIONE VENETO - PMA ETEROLOGA**

Al Direttore del Distretto Est/Ovest dell'Azienda Ulss n. 8 Berica

**La sottoscritta**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| e-mail \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| e-mail \_\_\_\_\_

**PRESO ATTO**

- che le DDGGRR n. 822/2011, 1904/2015, 904/2019 e 839/2022 stabiliscono:
- che l'età di accesso delle coppie:
  - per l'età femminile è fino al compimento di 50 anni;
  - per l'età maschile è fino al compimento di 65 anni;
- che il trattamento con oneri a carico del SSN è stabilito in un numero massimo di:
  - 4 cicli di 1° livello nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74;
  - 6 cicli di 2°/3° livello (con esecuzione pick-up) di PMA omologa e/o eterologa maschile nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74;
  - 6 cicli di 2°/3° livello di PMA eterologa femminile nei limiti di dosaggio previsti dalla nota AIFA 74.

**CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE**

per poter accedere alle prestazioni PMA presso la seguente:

- Struttura Pubblica \_\_\_\_\_ \* della Regione \_\_\_\_\_ \*
- Struttura Privata Accreditata \_\_\_\_\_ \* della Regione \_\_\_\_\_ \*

I sottoscritti inoltre, consapevoli della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci,

**DICHIARANO**

- ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, di essere coppia legalmente coniugata per matrimonio registrato presso il Comune di \_\_\_\_\_ \*;
- ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, di essere coppia convivente con residenza congiunta presso il Comune di \_\_\_\_\_ \*;

\* dato obbligatorio

- di aver effettuato finora n. \_\_\_\_\_\* cicli di trattamento per la PMA di 1° livello presso altre strutture pubbliche o private convenzionate venete o italiane con oneri a carico del SSN (*indicare anche se n. cicli=0*);
- di aver effettuato finora n. \_\_\_\_\_\* cicli di trattamento per la PMA di 2°/3° livello presso altre strutture pubbliche o private convenzionate venete o italiane con oneri a carico del SSN (*indicare anche se n. cicli=0*);

**\*dato obbligatorio**

- di essere stati informati della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 2016/679 sulla privacy e del D.lgs. 196 del 2003 e ss.mm.ii.) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti, per cui

**ESPRIMONO IL CONSENSO**

al trattamento dei propri dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e ai sensi di quanto previsto dal DM Salute 1 luglio 2015 "Linee Guida in materia di Procreazione Medicalmente Assistita".

**Allegano la seguente documentazione sanitaria obbligatoria:**

1. fotocopia fronte/retro di un documento di identità valido di entrambi
2. certificato di infertilità oppure altra certificazione rilasciata da medico specialista che riporti in forma esplicita uno o più criteri di inclusione tra quelli elencati nell'allegato A alla DGRV 839/2022
3. piano terapeutico
4. certificazione rilasciata dalla struttura scelta, contenente l'indicazione del regime di trattamento che avverrà (*barrare la casella corrispondente*)
  - in regime di ricovero ospedaliero con DRG n° \_\_\_\_\_\* (*\*dato obbligatorio*)  
il cui costo sarà addebitato alla ULSS 8 attraverso la mobilità sanitaria, senza alcun rimborso all'utente né alla struttura;
  - in regime ambulatoriale. In questo caso l'addebito può avvenire:
    - in mobilità sanitaria direttamente a questa Ulss 8 Berica senza alcun rimborso all'utente né alla struttura, oppure
    - previo pagamento delle prestazioni da parte dell'utente e successiva richiesta di rimborso da presentare su apposito modulo alla Ulss 8 Berica – Direzione del Distretto. Si precisa che il rimborso può essere riconosciuto esclusivamente nei limiti delle tariffe definite dalla Regione Veneto con DGR 904/2019, come dettagliate nel citato modulo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per esteso di entrambi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allegato alla presente: MODELLO PMA\_5 richiesta rimborso